

WIE GUTACHTER FÜR KINDER- UND JUGENDLICHEN- PSYCHOTHERAPIE PROBLEMFÄLLE BEURTEILEN – ZUR QUALITÄT DER QUALITÄTSSICHERER

HOW EXPERTS FOR CHILD AND YOUTH PSYCHOTHERAPY JUDGE PROBLEMATIC CASES – ON THE QUALITY OF THE QUALITY ASSURANCE PEOPLE

Serge K. D. Sulz und Franz Peterander

Zusammenfassung

In Weiterführung der Studie von Sulz et al. (2003a) wurde das Urteilsverhalten von Gutachtern für Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie untersucht. Die Fragestellung war, ob Gutachter auch bei problematischen Fällen noch ausreichend konsistent urteilen. Sieben Gutachtern wurden je sieben Fälle zur Begutachtung vorgelegt, zwei mit geringen, drei mit mittleren und zwei mit großen Mängeln. Die Einschätzungen der Berichte erfolgten anhand einer Liste mit zehn Qualitätskriterien. Die Zahl erfüllter Kriterien korreliert hoch mit der Befürwortung eines Antrags. Die Rate grober Fehlbeurteilungen wie Befürwortung eines Falles mit großen Mängeln oder umgekehrt beträgt 4 %. Allerdings gab es verschiedene Stile des Urteilsverhaltens. Es gab strenge Gutachter, die nur einen Fall befürworteten, und milde Gutachter, die nur einen Fall nicht befürworteten. Und es gab Gutachter, die ihre Beurteilung aufschoben, bis eine Nachbesserung der rückgemeldeten Mängel eintraf, so dass der Weg zum Obergutachter nicht notwendig wurde. Insgesamt zeigte sich, dass die Gutachter auch bei problematischen Fällen zuverlässig urteilen. Allerdings könnte die Streuung der Beurteilungen durch jährliche Schulungen reduziert werden.

Schlüsselwörter

Antragsverfahren – Gutachten Verhaltenstherapie – Psychotherapie – Qualitätssicherung – Reliabilität

Summary

In continuation of the study by Sulz et al. (2003a), the judgement behavior for child and youth behavior therapy was examined. The question was if experts were still judging consistently enough even in problematic cases. Seven experts were given seven cases for judgement, two of them with minor faults, three with medium and two with large faults. The reports were assessed according to a list of ten quality criteria. The number of fulfilled criteria correlated highly with the approval of an application. The rate of rough misjudgements such as the approval of a case with large faults or vice versa is 4 %. However, there were different styles of judgement behavior. There were rigid experts who would only approve of one case or lenient experts who would only disapprove of one case. And there were experts who postponed their judgement until some finishing touches of the faults reported back would arrive so that involving the head expert was not necessary. Altogether it appeared even in problematic cases that the experts judge reliably as well. However, the dispersion of the judgements could be reduced by annual trainings.

Keywords

application procedure – assessment – behaviour therapy – psychotherapy – quality assurance – reliability

Einleitung

Die Psychotherapie-Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft der Ärzte und Krankenkassen und der Kommentar zu diesen Richtlinien (Faber et al., 1999) erläutern die gegenwärtig vorgeschriebenen Vorgehensweisen für Antragstellung und Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien. Während es inzwischen mehrere Diskussionsbeiträge und auch einige Studien zum Gutachterverfahren bei Erwachsenen gibt (z. B. Sulz, 1990; Linden und Dankesreiter, 1996; Köhlke, 1998; Palm et al., 2000; Rüger, 2001), liegen bisher keine Publikationen zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Gutachten vor. Die bekannten Mängel des

Gutachterverfahrens führten im Wesentlichen zu der Forderung, auch den Therapieprozess und das Therapieergebnis in die Begutachtung einzubeziehen (DÄVT, 2001). Sulz (2001) schlug eine Epikrise vor, die an den Gutachter eingesandt wird. Als Ergänzung oder Alternative zum Gutachterverfahren wurde von der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie die Entwicklung eines praxisinternen Qualitätsmanagements angeregt. Es impliziert als zertifiziertes internes Qualitätsmanagement größere Fähigkeit und Befugnis des Praxisinhabers zur Qualitätssicherung und reduziert kostspielige externe Qualitätssicherungsmaßnahmen (Sulz, 2001). Die

inzwischen vorliegenden Ergebnisse einer Pilotstudie über dieses Verfahren ermutigen, diesen Strang der Qualitätssicherung weiterzuentwickeln (Sulz et al., 2003b).

Eine Untersuchung zur Qualität der Gutachten bei psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen (Rudolf et al., 2002) kam zum Ergebnis, dass eine gute Übereinstimmung vorlag. Es wurde über zwei Studien berichtet. In der ersten Studie begutachteten 48 Gutachter je zwei ausgewählte Anträge, einen Fall ohne Mängel und einen mangelhaften Fall. Der positive Fall wurde zu 100 % befürwortet, zu 83,4 % uneingeschränkt und zu 16,6 % eingeschränkt. Der mangelhafte Fall wurde zu 54,2 % abgelehnt, zu 35,4 % kam es zu einer Einschränkung oder zu Auflagen, 10,4 % der Gutachter befürworteten diesen Fall uneingeschränkt. Damit kann von einer Fehlerquote von 10 % bei problematischen Fällen ausgegangen werden und einer Fehlerquote von 0 % bei unproblematischen Fällen, durchschnittlich also 5 % Fehlerquote. In einer zweiten Studie wurde untersucht, ob und wie die Gutachter die definierten Kriterien in ihrer Gutachtertätigkeit einsetzen. 40 Gutachter reichten 452 Routinegutachten ein. Es ergab sich eine hohe Übereinstimmung bezüglich Befürwortung versus Nichtbefürwortung und gute Übereinstimmung in der Kriterieneinschätzung bei mängelfreien Fällen, hingegen größere Varianz bei mangelbehafteten Fällen.

Sulz et al. (2003a) wiederholten diese Studie für Verhaltenstherapie-Gutachten. Dreißig Verhaltenstherapie-Gutachtern wurden fünf unausgewählte Anträge zur Begutachtung vorgelegt. Sie füllten eine Checkliste zur Einschätzung der Qualität der Fallberichte mit neun Kriterien aus, die eindeutig fehlende, eher fehlende, nicht ganz eindeutige und eindeutige Erfüllung des jeweiligen Kriteriums erfasste. Zudem gaben sie an, ob sie den Antrag ungekürzt mit oder ohne Bedenken befürworteten, gekürzt befürworteten oder noch Fragen stellen, bevor sie endgültig entscheiden. Bei vier von fünf Fällen waren alle Kriterien erfüllt, wenngleich nicht immer eindeutig. Aufgrund der Kriterien konnten die Fälle in ungeeignet (ein Fall), geeignet mit Mängeln (zwei Fälle) und gut geeignet (zwei Fälle) eingeteilt werden. Die Stellungnahmen wiesen eine gute Übereinstimmung auf. Der ungeeignete Fall wurde mit 97 % Übereinstimmung abgelehnt, die beiden gut geeigneten Fälle wurden mit 92 % Übereinstimmung ungekürzt befürwortet. Lediglich bei den mit Mängeln behafteten geeigneten Fällen war die Übereinstimmung der Gutachter nicht so gut. 65 % der Beurteilungen führten bei ihnen zu ungekürzter Befürwortung, 20 % zu Nachfragen und 15 % zu Kürzungen. Summatisch lässt sich das Urteilsverhalten der Gutachter so beschreiben, dass bei neun erfüllten Kriterien mit einer ungekürzten Befürwortung, bei acht erfüllten Kriterien mit Nachfragen und bei sieben oder sechs erfüllten Kriterien mit Kürzungen gerechnet werden muss. Weniger als sechs erfüllte Kriterien können zur Nichtbefürwortung führen.

Die Autoren weisen vor allem darauf hin, dass die inhaltlichen Ausführungen der Rückmeldungen an die Antragsteller sehr differenziert und vielfältig waren und dass das kritische Feedback der Gutachter trotz ungekürzter Befürwortung ein in der bisherigen Diskussion nicht berücksichtigter Bestandteil des Gutachtens ist, der nicht in Statistiken eingeht, obgleich er als steuerndes Instrument eventuell einen ebenso

wichtigen Beitrag leistet. Beim Umgang mit leichten Mängeln war die Übereinstimmung mit 70 % nicht hoch.

Es gab eine strenge Gruppe von 15 Gutachtern, die nachfragen und kürzen, und eine nichtstrenge Gruppe von 13 Gutachtern, die zwar inhaltlich die gleichen Bedenken äußern, aber trotzdem ungekürzt befürworten. Die strengen und nichtstrengen Gutachter unterschieden sich nicht in der Nichtbefürwortung ungeeigneter Fälle und nicht signifikant in der Äußerung von Bedenken bei leichten Mängeln. Der Unterschied lag nur darin, dass eine Gutachtergruppe bei durchschnittlich gleicher Einschätzung der Kriterienerfüllung schneller zum Instrument der Kürzung greift und dass diese Gruppe auch mit der Befürwortung zögert, bis weitere Fragen geklärt sind. Die Autoren sehen das Ergebnis der Studie als Beleg dafür an, dass die neun Kriterien zur Einschätzung der Qualität der Fallberichte sehr bedeutsam für die abschließende Beurteilung im Gutachten sind und dass die Kriterien Krankheitswertigkeit/Behandlungsbedürftigkeit und Indikation besonders gut zwischen geeigneten und ungeeigneten Fällen differenzierten. Sie empfehlen eine stärkere Orientierung an den Kriterien zur Einschätzung der Qualität eines Fallberichts und eine Operationalisierung der Konsequenzen, die aus mangelhafter Erfüllung der Kriterien resultieren.

Ausgehend von den Ergebnissen der Studie von Sulz et al. (2003a) wurde die Frage nach der Qualität der Begutachtung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien gestellt. Zunächst war eine exakte Wiederholung der Studie von Sulz et al. (2003a) geplant. Berücksichtigt man jedoch deren Aussage, dass besonders die Beurteilung von mangelbehafteten Anträgen verbesserungsbedürftig ist, so lohnt es sich, statt einer Zufallsauswahl von Anträgen eine Stichprobe von mehrheitlich mangelhaften Anträgen zu verwenden.

Methoden

a) Fragestellung

In dieser Studie geht es darum, die Reliabilität der Beurteilungen von Verhaltenstherapie-Gutachtern für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu untersuchen. Jedem Gutachter werden sieben Anträge zugeschickt, die so ausgewählt wurden, dass zwei Anträge geringe Mängel aufweisen, drei mittlere und zwei große Mängel. Alle Gutachter bearbeiten dieselben Anträge, damit ihre Beurteilungen verglichen werden können. Zuerst werden sie gebeten, die Fallberichte anhand einer Checkliste von zehn Qualitätskriterien einzuschätzen. Anschließend sollen sie ihre gutachterliche Würdigung des Antrags hinsichtlich Befürwortung, Kürzung des beantragten Stundenkontingents und Nichtbefürwortung festhalten und begründen. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

Wie hoch ist die Übereinstimmung der Gutachter hinsichtlich

- a) der zehn einzelnen Gütekriterien,
- b) der Entscheidung Befürwortung – Nichtbefürwortung,
- c) der Kürzungen des Stundenkontingents,
- d) der Nachfragen, die vom Antragsteller noch vor einer Befürwortung beantwortet werden müssen,
- e) der Begründungen für Befürwortung – Nichtbefürwortung,
- f) des Maßes und der Art der Strenge der Beurteilung.

b) Datenmaterial

Die sieben begutachteten Fälle seien hier kurz skizziert. Fall IV und V hatten wenig Mängel, Fall I, Fall III und Fall VI wiesen mittlere Mängel auf, Fall II und VII hatten große Mängel.

Fall I

(Antrag auf Kurzzeittherapie plus 8 Sitzungen mit Bezugspersonen)

Ein 7-jähriger Junge, lernbehindert, seit 1 1/2 Jahren bei Pflegeeltern lebend; Eltern geschieden, vier jüngere Geschwister; Mutter Alkoholmissbrauch und Depression; „sprachlich zurück“, Verhaltensstereotypien, sehr irritierbar, dann so überdreht, dass er kaum zu beruhigen ist; ängstlich und schreckhaft

Diagnose: F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung

Therapieziele: Förderung der emotional-kognitiven Fähigkeiten, entsprechende Beratung der Pflegeeltern. Kurzzeittherapie soll eingehalten werden, um nicht noch eine wichtige Langzeitbeziehung neben den Pflegeeltern aufzubauen, da der Junge noch ständig neue helfende Beziehungen sucht

Therapieplan: nicht beschrieben

Fall II

(Langzeittherapie plus 6 Sitzungen mit Bezugspersonen, extrem knapper Text)

Ein 11-jähriger Realschüler, der seit 6 Monaten keine Compliance der Diabetestherapie mehr aufweist. Darüber hinaus reagiert er auf alle anderen Forderungen der Mutter trotzig. Die sorgenvolle Mutter ist deshalb hilflos

Diagnosen: Diabetes Typ I; F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten

Therapieziele: Akzeptanz von Regeln, Selbstkontrolle, Durchbrechen der negativen Interaktion Mutter - Sohn, Aufbau von Selbstvertrauen, Freunde finden

Therapieplan: tragfähige Beziehung; Entdecken spielerischer Leichtigkeit im Spiel auch mit Eltern; Rollenspiele; soziales Kompetenztraining, Elterntraining

Fall III

(Umwandlungsantrag plus 5 Sitzungen mit Bezugspersonen) Eine 16-jährige Realschülerin, die seit zwei Jahren unter Magersucht leidet (40 kg bei 160 cm Körpergröße). Kontaktprobleme in der Schule. Schwierige Beziehung zur misstrauischen Mutter, Vater sei verständnisvoll, Bruder o.k.

Diagnose: F50.0 Anorexia nervosa, F60.6 selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Therapieziele: Stabilisierung von Essverhalten und Gewicht, Normorientierung und Schlankheitsideal modifizieren, positive Einstellung zum Körper, Klärung der Beziehung zur Mutter

Therapieplan: Beziehungsaufbau, kognitive Umstrukturierung, Kommunikationsübungen, Körperübungen, Einbeziehung der Mutter

Fall IV

(Langzeitantrag plus 15 Sitzungen mit Bezugspersonen)

Ein 8-jähriges Mädchen, das – früher brav und lieb - seit der Trennung der Eltern schlecht in der Schule und frech sei und sich in einer Clique 14-jähriger Mädchen bewege. Oft sei sie aber auch depressiv und habe Verlustangst.

Diagnose: F43.2 Anpassungsstörung

Therapieziele: Reduktion der depressiven Symptome und der Verlustangst, Akzeptanz der Trennung der Eltern

Therapieplan: Rollenspiele zum Ausdruck von Wünschen, Kontakte und Unternehmungen mit Eltern, Bruder und Freunden herstellen, kognitive Dialoge bezüglich Trennungssituation

Fall V

(Langzeitantrag plus 11 Sitzungen mit Bezugspersonen)

Eine 13-jährige Realschülerin, Einzelkind, Suizid ihrer Mutter vor 1 1/2 Jahren, jetzt im Heim; protrahierte Trauerreaktion, Konzentrations- und Schlafstörungen, Alpträume, Weinen; aufmerksamkeitsheischendes, sexualisiertes Verhalten gegenüber Jungen; V. a. sexuellen Missbrauch

Diagnose: F 43.1 posttraumatische Belastungsreaktion

Therapieziele: Trauma- und Trauerbewältigung, Aufbau positiver Selbstwahrnehmung und des Gefühlsausdrucks, Entwicklung eines altersentsprechenden Umgangs mit Sexualität, Aufbau von Schlaf- und Entspannungsfähigkeit

Therapieplan: Training von Körper-, Bedürfnis- und Gefühls-wahrnehmung und -ausdruck. Kapitän Nemo; kognitive Umstrukturierungen Selbstbehauptungstraining

Fall VI

(Umwandlungsantrag plus 5 Sitzungen mit Bezugspersonen)

Eine 10-jährige Schülerin, Einzelkind, mit Konzentrationsstörungen und aufsässigem Verhalten seit Beginn der Grundschule. Mutter vor einem Jahr an Brustkrebs erkrankt. In der Ergotherapie wurde festgestellt, dass sie Mal- und Schreibstifte schmerzhaft verkrampft hält. Sie wirkt trotzig, angespannt, unter Druck

Diagnose: F93 emotionale Störung des Kindesalters mit Teilleistungsschwächen

Therapieziele: Aufbau sozialer Kontakte und von Selbstsicherheit, Abbau von Ängstlichkeit und Verweigerungsverhalten, diagnostische Abklärung, ob ADS vorliegt

Therapieplan: Training sozialer Kompetenz, Rollenspiel und Selbstinstruktionen zum Umgang mit trotzigem Verhalten, Elterntraining, Kooperation mit Kinderarzt und sozialpädiatrischem Institut

Fall VII

(Langzeitantrag plus 11 Sitzungen mit Bezugspersonen, sehr ausführlich)

Ein 12-jähriger Realschüler, ältester von 3 Jungen, mit Konzentrationsstörungen, aggressiven Ausbrüchen, Unruhe, Aufsässigkeit, Einschlafproblemen. Enuresis bis 7 Jahre. Seit der 3. Klasse Aufmerksamkeitsstörungen. Seit 2 Jahren Ritalin. Ein Jahr lang besser, nach Wechsel zur Realschule seit einem Jahr wieder schlechter. HAWIK 130. Weitere Testergebnisse ergeben keinen Hinweis auf ein Aufmerksamkeits-

defizit. Protest gegen die kontrollierende Mutter
 Diagnose: F92.9 leichte Hyperaktivität, F93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität, F93.2 Angst vor Versagen und soziale Ängstlichkeit im Kindesalter

Therapieziele: Aufbau von Vertrauen und von Selbstsicherheit, Konflikterkennung, Ablassen von der Leistungsdimension, Entspannung, Angstreduktion, Aufbau von Aufmerksamkeit, Abbau der Schlafstörungen, Eltern- beziehung

Therapieplan: Spieltherapie, Selbstsicherheitstraining, sokratischer Dialog, Entspannungstraining (Kapitän Nemo), Konzentrationsübungen, Entwickeln eines Schlafprogramms, Elterntraining

c) Datenerhebung

Die Gutachter erhielten folgende Instruktion:
 „Sie erhalten 7 Anträge mit der Beantragung von Kurzzeit- therapie oder Langzeit-Verhaltenstherapie als Erst- oder Umwandlungsantrag mit oder ohne Beantragung von Sitzungen zur Einbeziehung von Familienangehörigen. Die Anträge haben verschiedene Qualität, teils wurden sie vom Gutachter abgelehnt.

Sie erhalten alle verfügbaren Informationen. Alle Angaben, die auf Formularen verfügbar waren, wurden auf einem Sozial- oder Patientendatenblatt zusammengefasst. Weitere Informationen lagen nicht vor.

Das Formblatt zur Stellungnahme des Gutachters enthält zehn Kriterien. Sie haben 4 Antwortalternativen je Kriterium:

nein – eindeutig nicht eher nicht
 ja – nicht ganz eindeutig ja – eindeutig

Wenn Sie nein – eindeutig nicht ankreuzen, so ist dies gemäß Richtlinien ein Grund, den Antrag nicht zu befürworten. Inwiefern sich die Bewertung eher nicht mit einer Befürwortung vereinbaren lässt, ist bei einigen wenigen Kriterien abzuwägen, bei den anderen Kriterien ist dies ebenfalls ein Grund für eine Nichtbefürwortung.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formblatt zur Stellungnahme zurück.

Falls Sie einen Gutachter-Code erfinden und angeben, so können wir Ihnen Ihr Vergleichsprofil zukommen lassen bzw. Sie können dies aus den Ihnen zugesandten Auswertungsdiagrammen herauslesen, ohne dass Sie uns mitteilen müssen, welches Ihr Code ist – wie Sie es wünschen. Darüber hinaus hätten wir dann die Möglichkeit, die Intrarater-Varianz mit zu berücksichtigen.

Eine Frage ist: Soll ich so bewerten wie immer oder so, wie es mir nunmehr anhand der Checkliste und der besonderen Aufmerksamkeit innerhalb der vorliegenden Studie möglich ist? Antwort: Gehen Sie vor wie immer. Entscheiden Sie so wie immer über Befürwortung oder Nichtbefürwortung.“

Neun der Kriterien sind als Operationalisierung der Psychotherapie-Richtlinien und des von Faber et al. (1999) verfassten Kommentars der Studie von Sulz et al. (2003a) entnommen, das zehnte Kriterium ist spezifisch für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:

1. Bei den Beschwerden handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien.

2. Für die vorliegende Erkrankung besteht eine Indikation für Verhaltenstherapie.
3. Die Anamnese beschreibt die für das Fallverständnis notwendigen Aspekte der Lebens- und Krankengeschichte.
4. Der Befund entspricht der gestellten ICD-10-Diagnose.
5. Die Verhaltensanalyse erklärt Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung.
6. Die formulierten Therapieziele werden der Störung gerecht, sind in Zielrichtung und Ausmaß des intendierten Änderungsprozesses angemessen und sind nicht anderweitig (z. B. psychosomat. Grundversorgung) erreichbar.
7. Der Behandlungsplan beschreibt eine Verhaltenstherapie und ist erfolversprechend.
8. Die Prognose reicht für eine Befürwortung des Antrags aus.
9. Die geplante Behandlung ist notwendig und wirtschaftlich und umfasst das Notwendige (evtl. inkl. Pharmako-, Somato- und/oder Soziotherapie).
10. Der Behandlungsplan beschreibt angemessen und inhaltlich die Mitbehandlung der Bezugspersonen.

Für die Einschätzungen des Grades der Erfüllung dieser Kriterien wurde die vierstufige Skala von Sulz et al. (2003a) verwendet.

Ihre abschließende Stellungnahme konnten die Gutachter auf folgende Weise geben:

- Befürwortung ohne Stundenkürzung
 - ohne Bedenken
 - mit Bedenken
- Befürwortung mit Kürzung des Stundenkontingents um ... von ... Sitzungen
- Keine Befürwortung
- Ich kann erst über eine Befürwortung entscheiden, wenn folgende offene Fragen vom Antragsteller beantwortet wurden: ...

Im Falle einer Kürzung oder Nichtbefürwortung sollten die Gutachter einen Begründungstext formulieren.

d) Stichprobe

Es wurden alle verhaltenstherapeutischen Gutachter für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Sieben Gutachter sandten die je sieben Gutachten zurück. Erhebungszeitraum war Januar bis September 2003. Die Datenerhebung war anonym.

e) Auswertung

Die Auswertung erfolgte mit SPSS. Es wurden Rangkorrelationen nach Spearman berechnet (mit Alpha-Adjustierung). Mittelwertvergleiche wurden mit dem nonparametrischen Mann-Whitney-U-Test für nicht abhängige Stichproben durchgeführt (zweiseitige Signifikanzprüfungen).

Ergebnisse

Die Kriterien wurden, wie in Tabelle 1 gezeigt, von den Gutachtern bei den einzelnen Fällen geratet.

Tabelle 1: Einschätzung der Kriterienerfüllung auf einer vierstufigen Skala

1 = nein – eindeutig nicht, 2 = eher nicht, 3 = ja – nicht ganz eindeutig, 4 = ja – eindeutig

Kriterium zur Einschätzung des Fallberichts	Fall I	Fall II	Fall III	Fall IV	Fall V	Fall VI	Fall VII
Beschwerden behandlungsbedürftig?	3,0	3,1	4,0	3,4	4,0	3,6	3,7
Indikation für Verhaltenstherapie?	3,1	3,6	3,9	3,4	4,0	3,7	3,7
Anamnese ergibt Fallverständnis?	3,7	1,6	2,3	3,6	3,9	3,1	2,7
Befund entspricht ICD-10-Diagnose?	3,3	2,1	3,6	3,3	3,6	2,3	2,0
Verhaltensanalyse erklärt Störung?	2,9	2,0	2,7	3,0	3,3	2,4	1,3
Therapieziele werden Störung gerecht?	2,6	2,7	2,9	3,4	3,6	2,9	2,1
Therapieplan beschreibt erfolgsversprechende VT?	2,6	2,4	2,3	3,3	3,0	2,9	2,0
Prognose ausreichend?	2,6	2,3	2,4	3,6	3,7	3,0	2,6
Therapie notwendig, wirtschaftlich, umfasst Notwendiges?	2,7	2,1	3,0	3,1	3,6	2,9	2,1
Mitbehandlung Bezugspersonen beschrieben?	3,1	2,7	1,7	3,3	1,9	3,0	2,3
Mittelwerte	3,0	2,5	2,9	3,3	3,4	3,0	2,5

Die Kriterien waren bei vier Fällen (I, IV, V, VI) erfüllt (Werte ab 3), bei zwei Fällen (II und VII) lagen sie deutlich unter dem Grenzwert 3. Die Kriterien Behandlungsbedürftigkeit und Indikation für Verhaltenstherapie waren bei allen sieben Fällen erfüllt. Eine für das Fallverständnis unzureichende Anamnese wurde bei den Fällen II, III und VII festgestellt. Bei den Fällen II, III, VI und vor allem VII entsprach der Befund nicht der ICD-10-Diagnose. Verhaltensanalyse, Zielanalyse und Therapieplan waren nur bei den Fällen IV und V befriedigend. Eine ausreichende Prognose wiesen die Fälle IV, V und VI auf, eine adäquate Mitbehandlung der Bezugspersonen wurde bei den Fällen I, IV und VI beschrieben.

Wenn wir die vierstufige Skalierung der Kriterien auf eine zweistufige Skalierung reduzieren („eindeutig nicht“ und „eher nicht“ wird zu „nicht erfüllt“ und „eindeutig ja“ und „nicht ganz eindeutig ja“ zu erfüllt zusammengefasst), so kann die Frage beantwortet werden, wie viele Gutachter bei einem einzelnen Fall wie viele Kriterien als erfüllt bzw. nicht erfüllt betrachteten (Tab. 2). Bei den Fällen IV und V wurden fast ohne Ausnahme 8 bis 10 Kriterien als erfüllt bewertet, bei den Fällen II und VII nur einmal. Im Durchschnitt erfüllten die Fälle IV und V je neun Kriterien, Fall I und VI etwa sieben, Fall III sechs und die Fälle II und VII fünf. Es fällt allerdings auf, dass bei den mittel und stark mangelbehafteten Fällen eine große Streuung der Einschätzungen vorliegt. Die Zahl der von den Gutachtern als erfüllt geschätzten Kriterien schwankt bei Fall I von drei bis zehn, bei Fall II von zwei bis zehn, bei Fall III von drei bis neun, bei Fall VI von zwei bis zehn und bei Fall VII von zwei bis acht.

Tabelle 2: Zahl der bei jedem Fall erfüllten Kriterien

(zweistufige Skala: Die Werte 1 und 2 aus Tabelle 1 werden hier zu „nicht erfüllt“ und die Werte 3 und 4 zu „erfüllt“). Beispiel: Bei Fall I hielt 1 Gutachter drei Kriterien für erfüllt.

Zahl erfüllter Kriterien	Fall I	Fall II	Fall III	Fall IV	Fall V	Fall VI	Fall VII	gesamt
2		1				1	1	3
3	1		1			1	2	5
4	1	3	2	1			1	8
5	1					1		2
6		1	1				2	4
7		1						1
8			1		2	1	1	5
9	1		2	1	3	1		8
10	3	1		5	2	2		13
gesamt	7	7	7	7	7	7	7	49
Durchschnitt	7,29	5,29	6,14	9,0	9,0	6,71	4,57	6,86

Die Stellungnahmen der Gutachter

Von sieben Gutachtern liegen zusammen 49 Stellungnahmen vor (Tab. 3). Davon waren 14 Befürwortungen ohne Bedenken, 8 mit Bedenken, 3 mit Kürzungen der Stundenzahl um 15 bis 20 Sitzungen, und 6-mal wurde der Antragsteller um die Beantwortung offener Fragen gebeten. Schließlich wurden 18 Nichtbefürwortungen ausgesprochen.

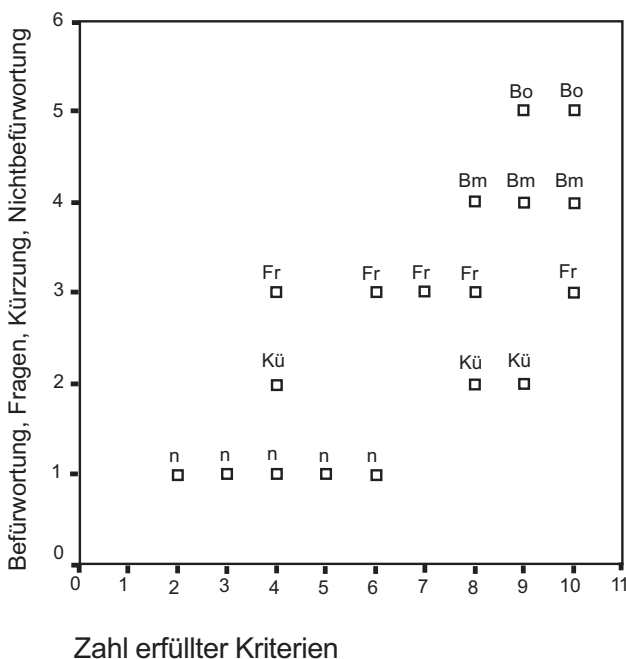
Bei Fall I und Fall VI war die Streuung auffallend groß, bei Fall VII auffallend klein. Bei Fall I kam es zu drei Ablehnungen und zu drei Befürwortungen ohne Bedenken. Bei Fall VI waren es drei Ablehnungen und drei Befürwortungen (eine mit und zwei ohne Bedenken). Relativ einmütig erfolgte die Beurteilung von Fall VII. Dieser wurde von 6 Gutachtern abgelehnt. Die beiden ungeeigneten Fälle (II und VII) wurden nur von einem Gutachter befürwortet, bei den gut geeigneten Fällen (IV und V) kam es zu keiner Nichtbefürwortung.

Tabelle 3: Die Beurteilungen der Gutachter: Häufigkeiten und Mittelwerte

Die Zellen enthalten die Anzahl der Beurteilungen, z. B. wurde Fall I dreimal abgelehnt

	Fall I	Fall II	Fall III	Fall IV	Fall V	Fall VI	Fall VII	Häufigkeit
Nichtbefürwortung (1)	3	3	3			3	6	18
Kürzung (2)		1		1		1		3
Offene Fragen (3)		2	2	2				6
Befürwortung mit Bedenken (4)	1		1		4	1	1	8
Befürwortung ohne Bedenken (5)	3	1	1	4	3	2		14
Zahl der Beurteilungen	7	7	7	7	7	7	7	49
Mittelwerte	3,14	2,29	2,57	4,0	4,43	2,71	1,43	gesamt 2,94
Standardabweichungen	2.03	1,50	1.61	1,29	0,53	1,89	1,13	gesamt 1,70

Abbildung 1: Befürwortung, Nachfragen und Kürzung in Abhängigkeit von der Erfüllung der Kriterien



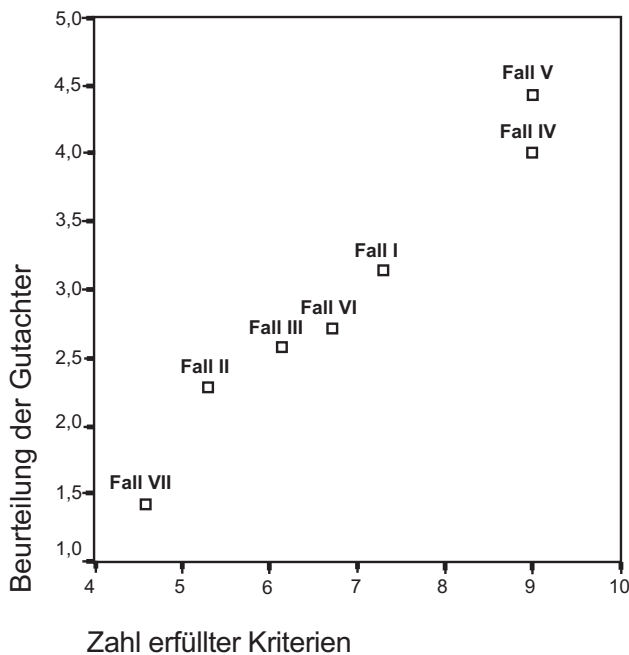
Bo = Befürwortung ohne Bedenken (5),
 Bm = Befürwortung mit Bedenken (4),
 Fr = Fragen an d. Antragsteller (3),
 Kü = Kürzung des Stundenkontingents (2),
 n = Nichtbefürwortung (1),
 Stichprobe: 49 Gutachten, die Zahlen bei den Punkten zeigen, wie viel Urteile diesen Wert haben, z. B. wurden 6 Berichte mit 4 Kriterienerfüllungen nicht befürwortet

Wie Abbildung 1 zeigt, muss bei weniger als sieben erfüllten Kriterien mit Nichtbefürwortung gerechnet werden. Ab acht erfüllten Kriterien kann mit einer Befürwortung gerechnet werden. Zieht man eine vertikale Linie zwischen 7 und 8 und eine horizontale zwischen 4 und 3, so fallen vier Beurteilungen von 49 (8 %) in den rechten unteren Quadranten. Dies entspräche der Fehlerquote der gutachterlichen Beurteilungen, wenn die Zahl erfüllter Kriterien gültiger Maßstab für eine Befürwortung wäre. Da bei den Nachfragen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit mit einer späteren Befürwortung zu rechnen ist, reduziert sich die Fehlerquote auf etwa 4 %. Dies wäre ein gutes Ergebnis, wenn die Streuung unter den Gutachtern bezüglich ihrer Einschätzung hinsichtlich der Zahl erfüllter Kriterien kleiner wäre.

Der Zusammenhang zwischen Kriterienerfüllung und Stellungnahme des Gutachters

Lässt sich aus dem Rating der Kriterienerfüllung die Stellungnahme der Gutachter vorhersagen? Wir können die Summe über alle neun Kriterien je Fall bilden und diese mit der gestuften Stellungnahme (Tab. 3) korrelieren. Geht man von Ordinalskalenniveau aus, so ergibt sich eine Spearman-Korrelation von 0.90 (signifikant bei 0.001, zum Vergleich bei den Erwachsenengutachtern: 0.84) zwischen Kriterienerfüllung (vierstufige Skala) und Stellungnahme: Je mehr Kriterien erfüllt sind, umso positiver ist die Beurteilung des Gutachters (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen der Zahl erfüllter Kriterien und der Beurteilung eines Falles

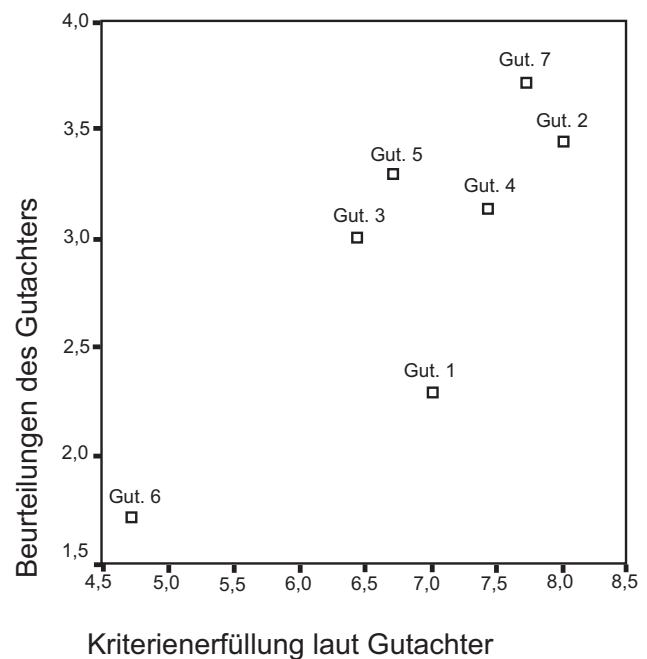


Im Durchschnitt spiegelt das Urteil der Gutachter die Qualität der ausgewählten Fälle wider. Die beiden unproblematischen Fälle (V und VI) unterscheiden sich deutlich von den Fällen

mit mittleren Mängeln (Fälle I, II und VI) und von den beiden Fällen mit großen Mängeln (Fall II und VII). Die Betrachtung der mittleren Werte berücksichtigt jedoch nicht die Varianz unter den Gutachtern. Denn es kann sein, dass sowohl bei einem sehr strengen als auch bei einem sehr milden Gutachter ein hoher Zusammenhang zwischen Kriterienerfüllung und Beurteilung besteht, der eine jedoch eine sehr kleine Zahl, der andere hingegen eine sehr große Zahl Fälle befürwortet. Abbildung 3 zeigt sowohl die Strenge eines Gutachters hinsichtlich Kriterieneinschätzung und Urteilsverhalten als auch, ob sein Urteilsverhalten durch die Zahl der von ihm als erfüllt eingeschätzten Kriterien vorhersagbar ist. Dies ist der Fall bei Gutachtern, die nahe der gedachten Diagonale liegen, die von links unten nach rechts oben verläuft.

Abbildung 3: Ist das Urteilsverhalten der Gutachter durch die Kriterienerfüllung vorhersagbar?

horizontale Achse: mittlere Beurteilungen je Gutachter



Insgesamt ist die Zahl erfüllter Kriterien ein guter Prädiktor des Urteilsverhaltens der Gutachter. Gutachter 6 setzt seine strenge Einschätzung der Kriterienerfüllung konsequent in seiner strengen Beurteilung des jeweiligen Falles um. Gutachter 1 weicht in seinem Urteilsverhalten von den anderen insofern ab, als er trotz höherer Zahl erfüllter Kriterien schlechte Beurteilungen gab. Was kennzeichnet diesen Gutachter? Er stellt bei Fall IV Fragen zum Störungsbild, möchte eine ausführlichere Beschwerdenschilderung haben. Er kürzt bei Fall VI um 10 Stunden, weil das Störungsbild nicht ausreichend klar ist. D. h., ihm ist ein Kriterium so wichtig, dass es ausschlaggebend für das Ausbleiben einer Befürwortung wird und die Zahl erfüllter Kriterien sein Urteil nicht vorhersagen kann.

Welche Begründungen der Nichtbefürwortung gaben die Gutachter an?

Die Gutachter richten sich nicht ausdrücklich nach der Zahl der erfüllten Kriterien. Wenn ein einziges Kriterium nicht erfüllt ist, so können sie dies als so erheblich bewerten, dass ihnen eine Befürwortung nicht angemessen erscheint, z. B. wenn der Befund keine behandlungsbedürftige Erkrankung schildert. Empirisch zeigt sich jedoch, dass ein schwerwiegender Mangel bei einem Kriterium mit einer größeren Zahl weiterer Mängel einhergeht. Um die Entscheidungen der Gutachter nachvollziehen zu können, ist es deshalb bedeutsam, ihre Begründungen zu betrachten:

Ablehnungsgründe für Fall I:

- Auch wenn hier Sozialisationsbedingungen zur aktuellen Symptomatik beigetragen haben, eine Lerngeschichte die Entwicklungsverzögerung mit erklären hilft, sind hier weniger zeitlich begrenzte verhaltenstherapeutische Interventionen angebracht als eine langfristige sonderpädagogische Förderung in einem der Entwicklungsverzögerung angemessenen Rahmen. Die sicherlich notwendige Beratung der Eltern kann wie bisher über das Kinderzentrum und den Förderkindergarten erfolgen.
 - Indikation für VT ist nur schwer erkennbar. Der Pat. braucht sicher Therapie. Hier wäre eher Heilpädagogik, Fördertherapie und Beratung der Bezugspers. am Platz. Offensichtlich wird er im Soz. Päd. Zentrum sowieso betreut. Die Prognose ist bei dieser trotz Therapie ungünstig.
 - Unklarheit der neuropsychiatrischen Befunde, psychosoziale, sonderpädagogische, heilpäd./ergotherap. Maßnahmen auch unter lerntheoretischen Gesichtspunkten.
- D. h., drei Gutachter hielten bei diesem Fall heil-/sonder-/sozialpädagogische Maßnahmen für angemessener als eine Verhaltenstherapie.

Ablehnungsgründe für Fall VI:

- Es bestehen keine Zweifel an der Behandlungsbedürftigkeit der Patientin. Die vorliegende Diagnose ist auf Grund der geschilderten Symptomatik nicht nachvollziehbar. DD bez. einer nahe liegenden Aufmerksamkeitsstörung fehlt. Eine Intelligenzuntersuchung zur Einschätzung der Leistungsprobleme fehlt. Die Bedingungsanalyse bedient sich nicht überprüfbarer Hypothesen und ist so nicht nachvollziehbar. Die Therapieziele 1 und 2 sind nachvollziehbar, wobei Ängstlichkeit in der Symptombeschreibung fehlt. Pt 3 bleibt mir unverständlich. Eine diagnostische Abklärung (Pt 4) nach Beantragung der Umwandlung ist nicht nachvollziehbar. Sie hätte Voraussetzung auch einer Kurzzeitbehandlung sein müssen. Der Behandlungsplan bezieht sich nur eingeschränkt auf die beschriebenen Störungen. Die Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs fehlt. Eine Fortführung der Behandlung, bei der die diagnostischen Grundlagen und die funktionale Einordnung der Störungen fehlen bzw. nicht nachvollziehbar sind, kann leider nicht befürwortet werden.
- Die Diagnose ist zweifelhaft - Verdacht auf ADS. Dies sollte bei einem Umwandlungsantrag abgeklärt sein. Teil-

leistungsschwächen sind keine Diagnose, müssen abgeklärt werden. Der Antrag enthält gute Ansätze, weitere Infos notwendig, Überarbeitung sinnvoll und aussichtsreich.

- Bei zurückliegender KZT über fast 1 Jahr sehr niedrige Frequenz. Beratungsstelle; Einbeziehung Schule und Schulpsychologe.
- D. h., zwei der drei nicht befürwortenden Gutachter sind der Auffassung, dass ohne ausreichend sichere Diagnose keine Therapie begonnen werden sollte.

Ablehnungsgründe für Fall VII:

- Auch wenn da von SORKC die Rede ist - das Verhaltenstherapeutische wird nicht deutlich, das Vorgehen auch nicht. Die erwähnte Lit. geht eher ins Apokryphische.
 - Verhaltensanalyse nicht korrekt bzw. S-O-R-K-C-Modell gänzlich falsch; Behandlungsplan pauschalisierend; nicht individuell auf den Jungen bezogen. Punkt 9. weil nicht erfolgversprechend.
 - Die bezüglich der beschriebenen Symptomatik einsichtige Vordiagnose wird bei der eigenen Diagnosestellung ignoriert. Die funktionale Analyse ignoriert die beschriebene Symptomatik und führt nicht nachvollziehbare Hypothesen ein.
 - Der Therapeut hat die Diagnose (F90.0/90.1) nicht erfasst. Siehe dazu ärztl. Bericht: Ritalintherapie spricht für ADS. Therapieziele und Therapieplan sind der Störung nicht angemessen. Es ist zweifelhaft, ob der Therapeut das Krankheitsbild gut kennt.
 - Die in Punkt 1) vorgetragene Symptomatik ist nicht differenziert dargestellt und spiegelt sich in der ICD-Klassifikation, den Therapiezielen und dem Behandlungsplan nicht wider. Es wird hier keine lerntheor. fundierte Verhaltensanalyse vorgestellt.
 - Der Antrag ist zu unspezifisch und zu wenig fokussiert.
- D. h., vier Gutachter vermissen eine Verhaltensanalyse und zwei eine belegbare Diagnose.

Insgesamt wurden Nichtbefürwortungen mit fehlender Indikation für Verhaltenstherapie bzw. fehlender Diagnose oder Verhaltensanalyse begründet.

Wie begründeten die Gutachter die Kürzungen?

Begründung der Kürzung von 45 auf 16 Sitzungen bei Fall II:

Alter und Schulungen lassen es erwarten, dass der Pat. sehr kompetent mit der Stoffwechselstörung umgehen könnte. Die Beziehungs- und Verhaltensproblematik ist das Kernthema.

Begründung der Kürzung von 45 auf 25 Sitzungen bei Fall IV:

Jugendhilfe über Beratungsstelle im Jugendamt anzuraten.

Begründung der Kürzung von 25 auf 10 Sitzungen bei Fall VI:

Die ICD-10-Klassifikation ist unzulänglich. Das Störungsbild bleibt verschwommen. eine Abklärung, ob eine hyperkinetische Störung vorliegt, ist nach 25 Sitzungen immer noch nicht erfolgt. Die Befürwortung ergibt sich aus der psychosozialen Situation der Mutter.

Welche Fragen stellten die Gutachter an die Antragsteller?

Fragen bei Fall II:

Gutachter 3: Wenn im kinderpsychiatrischen Konsil ein ADS diagnostiziert wurde, muss diese Diagnose differenzialdiagnostisch diskutiert werden. Ein soziales Kompetenztraining im Therapieplan erfordert eine Beschreibung und VA einer diesbezüglichen Störung. VA muss überarbeitet und aufgeschlüsselt werden (falsche Signierung in S, O). Behandlungsplan soll überarbeitet und in Übereinstimmung mit der Problembeschreibung gebracht werden. Bei einem kindlichen Diabetes Typ I sollte die Förderung von Risikobereitschaft u. Grenzenlosigkeit überdacht werden!! Bei der überarbeiteten Planung mehr Konkretheit bei der Interventionsbeschreibung. Wenn die Sammlung der 7 Fälle nicht insgesamt so desolat wäre (Kontrasteffekt?), hätte ich diesen Fall vermutlich nicht befürwortet. Punkt 3: zu kurz und undifferenziert. Punkt 4: Diskussion der ADS-Diagnose aus Konsil fehlt. Punkt 5: Aufschlüsselung in Symptomatik fehlt. Punkt 6. Leichtigkeit etc. können nicht Ziele in dieser Problemlage sein.

Gutachter 5:

Differenzierte Anamnese vortragen, umfassende Verhaltensanalyse, Präzisierung der Therapieziele, Individualisierung des Behandlungsplans, Beschreibung, was unter Punkt „Prognose“, „andere therap. Motivationen“ zu verstehen ist.

Fragen bei Fall III:

Gutachter 2: weitere Informationen zum aktuellen Essverhalten, Vertrag über Gewichtszunahme + Wiegen. aktuelles S-O-R-C-Model; Beschreibung, was hat sich in den letzten 5 Std. verbessert incl. Begründung, warum jetzt positive Sicht der Mitarbeit der Pat.

Gutachter 5: Differenzierte Anamnese notwendig, Verhaltensanalyse ausführen, individualisierten Behandlungsplan vorlegen.

Fragen bei Fall IV:

Gutachter 1: Das Störungsbild wird unzureichend beschrieben (eher dessen Anlass). Dann Befürwortung.

Gutachter 5: Problematik des Patienten nicht eindeutig genug dargestellt; nicht klar, ob es sich im Sinne von F43.2 um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt. Differenzierte und umfassende Verhaltensanalyse ist vorzulegen, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung einschließlich der

Interaktionsprozesse mit den engsten Bezugspersonen darstellt. Therapieziele und Behandlungsplan sind zu konkretisieren und zu individualisieren.

D. h., dass diese drei Gutachter keine einzelnen konkreten Fragen an die Antragsteller hatten, sondern zahlreiche Mängel der Berichte aufzählten und um Nachbesserungen baten. Vermutlich haben andere Gutachter bei gleicher Mängellage Kürzungen vorgenommen oder eine Nichtbefürwortung ausgesprochen.

Welche Bedenken äußerten die Gutachter trotz ungekürzter Befürwortung?

Bedenken bei Fall I (Gutachter 1):

Die F83. ist keine in den Kanon der Richtlinien fallende Störung, wohl aber das, was mit mangelnder Bindung beschrieben ist. Die wesentliche Frage ist m. E., ob nicht die Behandlung anderweitig: im SBZ in einer Hand erfolgen sollte. -

Bedenken bei Fall III (Gutachter 4):

Befürwortung: mit Bedenken (Bezugspersonen)

Bedenken bei Fall V (Gutachter 6):

Die Schilddrüsenfunktionsüberprüfung muss umgehend erfolgen, um eine begleitende Behandlung einzuleiten.

Bedenken bei Fall VII (Gutachter 7):

Beruf der Mutter fehlt. Zu 1: Fehlt, wer mit Kind oder ohne, wann, warum, auf welche Veranlassung hin Vorstellung erfolgte, welcher Mensch ist das, warum Behandlung jetzt? Zu 6: ICD-10 F92.0 entspricht nicht ICD-10 für ADS, leichte Hyperaktivität: F 90 G2 (Forschungskriterien). Diagnose: ICD-10 F93.2 geht nicht aus der Anamnese hervor.

D. h., bei Fall I und VII werden die gleichen Mängel angeführt wie diejenigen, die bei drei anderen Gutachtern zur Nichtbefürwortung dieser Anträge führten.

Gibt es persönliche Stile der Gutachter?

Neben der Art der Begründungen können wir die Gutachter auch durch die Häufigkeit von Befürwortung, Nachfragen, Kürzung und Nichtbefürwortung kennzeichnen – als relativ streng oder mild im Urteil.

Gutachter 7 und 2 sind mit fünf bzw. vier Befürwortungen und zwei Nichtbefürwortungen sehr milde in ihrer Beurteilung (Tab. 4). Geht man lediglich von den Mittelwerten der Beurteilungen aus, so erscheint auch Gutachter 5 als sehr milde. Seine Begründungen weisen jedoch auf eine sehr kritische Prüfung der Berichte hin. Er unterscheidet sich von

Tabelle 4: Milde und Strenge im Urteilsverhalten der einzelnen Gutachter
Häufigkeiten von Befürwortung, Nachfragen, Kürzung und Nichtbefürwortung

Gutachter-Nr.	1	2	3	4	5	6	7	Gesamt
Befürwortung ohne Bedenken (5)		3	3	3	1		4	14
Befürwortung mit Bedenken (4)	2	1		1	2	1	1	8
Fragen an den Antragsteller (3)	1	1	1		3			6
Kürzung des Stundenkontingents (2)	1					2		3
Nichtbefürwortung (1)	3	2	3	3	1	4	2	18
Mittelwert der Beurteilungen	2,3	3,4	3,0	3,1	3,3	1,7	3,7	2,9

anderen Gutachtern dadurch, dass er den Berichterstattem durch seine Fragen die Möglichkeit der Nachbesserung einräumt, um Kürzung und Nichtbefürwortung zu vermeiden. Gutachter 3 und 4 nehmen hinsichtlich der Strenge eine mittlere Position ein. Gutachter 1 ist mit drei Nichtbefürwortungen und einer Kürzung streng und Gutachter 6 mit nur einer Befürwortung, zwei Kürzungen und vier Nichtbefürwortungen mit Abstand der strengste.

Inhaltlich gibt es als Urteilsstile streng versus mild (Gutachter 6 und 1 versus Gutachter 7 und 2). Darüber hinaus ist ein Urteilsstil das Nachfragen- und Nachbessernlassen (Gutachter 5) versus endgültiger Stellungnahme, die nur vom Obergutachter revidiert werden kann.

Diskussion

Wie qualifiziert sind die Einschätzungen und Beurteilungen der Gutachter? Gibt es grobe Fehleinschätzungen, die zu Konsequenzen führen, die dem Fall und der geplanten Therapie nicht gerecht werden?

Eine grobe Fehleinschätzung liegt vor, wenn ein Gutachter bei einem Fall, bei dem mehr als acht oder mehr Kriterien erfüllt sind, nur vier Kriterien als erfüllt betrachtet. Dies ist der Fall bei der Einschätzung von Fall IV durch Gutachter 5. Konsequenzen waren allerdings nur Nachfragen. Umgekehrt liegt eine grobe Fehleinschätzung auch dann vor, wenn ein Gutachter bei einem Fall, bei dem nur vier Kriterien erfüllt sind, acht oder mehr Kriterien erfüllt sieht (z. B. Gutachter 7 bei Fall VII und Gutachter 4 bei Fall II). Insgesamt sind dies 3 (6 %) grobe Fehleinschätzungen.

Da die Zahl der erfüllten Kriterien nicht ausschlaggebend für die abschließende Beurteilung sein muss, können wir die Qualität der Beurteilungen getrennt betrachten. Eine grobe Fehlbeurteilung wäre die Nichtbefürwortung eines gut geeigneten Falles. Dies trat nicht auf. Eine ebenso grobe Fehlbeurteilung wäre die Befürwortung eines mit großen Mängeln behafteten Falles. Dies kam je einmal bei Fall II (Gutachter 4) und VII (Gutachter 7) vor. Ein Grund dafür geht aus einer Anmerkung eines Gutachters hervor: Anders als in seiner gewohnten Gutachtertätigkeit erhielt er geballt problematische Anträge zugesandt. Die sich für ihn ergebende Situation war so ungewöhnlich, dass er als Rückmeldung zunächst den Mängeln entsprechende sehr kritische Beurteilungen abgab, dann aber, irritiert über seine kritische Haltung, diese in späteren Beurteilungen nicht aufrechterhielt und milder zu urteilen begann. Insgesamt waren von 49 Beurteilungen 2 (4 %) grob fehlerhaft.

Damit können wir feststellen, dass bei der in dieser Studie gezielt vorgenommenen Untersuchung der Begutachtung von überwiegend mangelbehafteten Fällen trotz der deutlichen Streuung in den Einschätzungen der Kriterien und in der Beurteilung hinsichtlich Befürwortung, Nachfragen, Kürzung und Nichtbefürwortung grobe Fehler nur in einem kleinen Prozentsatz vorkommen. Dies erlaubt die Aussage, dass die Praxis des Gutachtersystems eine robuste Stabilität aufweist, die auch bei schwierigen Beurteilungen zu ausreichender Identifizierung von Fällen führt, die nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen. Die Streuung der Kriterienein-

schätzungen könnte durch eine jährliche gemeinsame eintägige Schulung noch reduziert werden.

Literatur

- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2001): Vorschlag zur Weiterentwicklung des Gutachterverfahrens unter Berücksichtigung der Ergebnisbewertung. *Psychotherapie* 6: 149
- Faber FR, Dahm A, Kallinke D (1999): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 5. Aufl. München: Urban und Fischer
- Köhle HU (1998): Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren – Aber wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst? In: AR Lai-reiter, H Vogel (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT, S. 139-149
- Linden M, Dankesreiter R (1996): Die Durchführung von Verhaltenstherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung: Fallberichte, Antragsverfahren und Kassenabrechnung. In: J Margraf (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin: Springer, S. 537-642
- Palm W, Bertram H, Schneider-Reinsch E, Pruemm C, Feldmann M (2000): Qualitätssicherung in der Diskussion (mit 8 Einzelbeiträgen). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 32: 292-307
- Rudolf G, Jakobsen T, Hohage R, Schlösser A (2002): Wie urteilen Gutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachterkriterienliste. *Psychotherapeut* 47: 249-253
- Rüger U (2001): Zum Gutachterverfahren bei psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren. *Psychotherapeutische Praxis* 3: 139-149
- Sulz SKD (1990): Probleme der Antragsbegutachtung. *Prax Klin Verhaltensmed Reha* 12: 258-261
- Sulz SKD (2001): Der Therapieabschlussbericht. *Psychotherapie* 6: 148
- Sulz SKD (2001): Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapie* 6: 30-56
- Sulz SKD, Herrmann M, Kammerl B, Wollenhaupt S (2003b): Qualitätssicherung der Zukunft? Kombination von praxisinternem Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel – eine Pilotstudie. *Psychotherapie* 8: 226-243
- Sulz SKD, Meermann R, Rey ER, Chirazi-Stark MS (2003a): Wie urteilen Verhaltenstherapie-Gutachter? Von der Einschätzung des Fallberichts zur Beurteilung des Antrags. *Psychotherapie* 8: 35-44

Prof. Franz Peterander

Institut für Pädagogische Psychologie der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstr 13
80539 München

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz, Dipl.-Psych.

Centrum für Integrative Psychotherapie
Nymphenburger Straße 185
D-80634 München
e-mail: cipmedien@aol.com